

শুধু অফিসিয়াল কাজের জন্য

শাখার নাম: _____ শাখার কোড: _____
ইন্টারঅ্যাকশন আইডি: _____
মালিকের নাম: _____
কর্মচারীর কোড: _____ স্বাক্ষর: _____
তারিখ: _D _D _M _M _Y _Y _Y _Y_ সময়: ☐ দুপুর তিনটোয় বা তার আগে ☐ দুপুর তিনটোর পর

দাবিকারীর ফটো

বিভাগ A*

পলিসি বিবরণ

পলিসি নং: _____

বিভাগ B*

লাইফ অ্যাসিওর্ডের বিবরণ (LA)

লাইফ অ্যাসিওর্ডের নাম: ☐ প্রী. ☐ শ্রীমতী _F _I _R _S _T_ _M _I _D _D _L _E_ _L _A _S _T_
বাবার নাম: _F _I _R _S _T_ _M _I _D _D _L _E_ _L _A _S _T_
মৃত্যুর তারিখ: _D _D _M _M _Y _Y _Y _Y_
মৃত্যুর স্থান ☐ হাসপাতাল ☐ ক্লিনিক ☐ বাড়ি ☐ অফিস ☐ অন্যান্য (অনুগ্রহ করে নির্দিষ্ট করুন) _____
পারিবারিক ডাক্তার: নাম _____ রেজিস্ট্রেশন নম্বর _____ যোগাযোগ নম্বর _____
শেষ চিকিৎসিত/দেখেছেন যে ডাক্তার: নাম _____ রেজিস্ট্রেশন নম্বর _____ যোগাযোগ নম্বর _____
শেষ নিয়োগকর্তার নাম (যদি প্রযোজ্য): _____
কোম্পানির নাম _____ যোগাযোগকারী ব্যক্তির নাম _____ যোগাযোগ নম্বর _____
মৃত্যুর প্রকৃতি ☐ মেডিক্যাল ☐ স্বাভাবিক ☐ দুর্ঘটনা ☐ খুন ☐ আত্মহত্যা
মৃত্যুর কারণ _____

বিমাকারীর অভ্যাস ও অসুস্থতার প্রকৃতি

☐ হাইপারটেনশন ☐ ডায়াবেটিস ☐ হার্টের রোগ ☐ লিভারের অসুখ
☐ কিডনির অসুখ ☐ ক্যানসার ☐ অন্যান্য _____
☐ ধূমপান ☐ তামাক ☐ ড্রাগ যদি হ্যাঁ, সেবনের সময়কাল _____ ও সেবনের পরিমাণ _____

অসুস্থতা ডায়াগনসিসের তারিখ

অন্যান্য বিমার বিবরণ: (লাইফ /মেডিক্রিম/হেলথ)

পলিসি নং	কোম্পানির নাম	সাম অ্যাসিওর্ড	মর্যাদা (সক্রিয়/বাতিল/আবেদনকৃত/ম্যাচিওর্ড)

দাবিকারীর বিবরণ

দাবিকারীর নাম: ☐ প্রী. ☐ শ্রীমতী _F _I _R _S _T_ _M _I _D _D _L _E_ _L _A _S _T_
জন্ম তারিখ: _D _D _M _M _Y _Y _Y _Y_
ঠিকানা: _F _I _R _S _T_ _L _A _S _T_
_B _U _I _L _D _I _N _G_ _R _O _A _D _N _A _M _E_ / _N _O_
_L _A _N _D _M _A _R _K_
_C _I _T _Y_ / _V _I _L _L _A _G _E_
_D _I _S _T _R _I _C _T_ _S _T _A _T _E_
পিনকোড: _____
যোগাযোগ নং: _O _F _F _I _C _E_ _R _E _S _I _D _E _N _C _E_ _M _O _B _I _L _E_

অফিস এবং/অথবা ব্যক্তিগত ইমেল আইডি: _____

লাইফ অ্যাসিওর্ডের সঙ্গে সম্পর্ক: ☐ স্বামী বা স্ত্রী ☐ সন্তান ☐ মা-বাবা ☐ অন্যান্য _____ S P E C I F Yদাবিকারীর উপাধি: ☐ নমিনি ☐ এগজিকিউটর ☐ ট্রাস্টি ☐ অ্যাপয়েন্টি ☐ নিয়োগকর্তা ☐ অ্যাসাইনি ☐ হিতাধিকারীদাবিকারীর প্যান বিবরণ: _____ অথবা ফর্ম 60 ☐রাজনৈতিকভাবে প্রকাশিত ব্যক্তি: ☐ হ্যাঁ ☐ নামার্কিন ব্যক্তি: ☐ হ্যাঁ ☐ না (যদি হ্যাঁ, অনুগ্রহ করে FATCA / CRS সার্টিফিকেশন পূরণ করুন)

দাবিকারীর এনইএফটি বাধ্যতামূলক / ব্যাংক অ্যাকাউন্ট বিবরণ

কোনো সন্তানের প্লানের ক্ষেত্রে, যদি হিতাধিকারী হয় প্রধান, অনুগ্রহ করে হিতাধিকারীর অ্যাকাউন্ট বিবরণ প্রদান করুন

ব্যাংক অ্যাকাউন্ট নং : _____

অ্যাকাউন্ট ধারকের নাম : _____

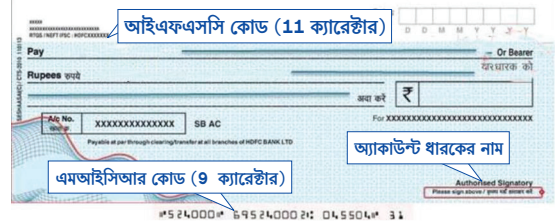
ব্যাংকের নাম ও শাখা : _____

অ্যাকাউন্টের ধরন ☐ সেভিংস ☐ কারেন্ট ☐ এনআরও ☐ এনআরই

আইএফএসসি : _____ এমআইসিআর : _____

পেনশন প্লানের জন্য বাধ্যতামূলক, অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন কীভাবে আপনি বেনিফিট গ্রহণ করতে চান

☐ গোটা অ্যাকাউন্ট এককালীন রূপে ☐ গোটা অ্যাকাউন্ট অ্যানুইটি রূপে ☐ অ্যানুইটির অংশ রূপে এককালীনের অংশ রূপে ☐ কিস্তি রূপে



খালি জায়গা

বিভাগ C*

ঘোষণা ও স্বীকৃতি

- এখানে আমি ঘোষণা করছি ওপরের যেসব বিবরণ পূরণ করা হয়েছে/দেওয়া হয়েছে সেসবই আমার জ্ঞান ও বিশ্বাস মতে সত্য।
- আমি এতদ্বারা নিশ্চয়তা দিচ্ছি উপর্যুক্ত বিবরণের সত্য ও নিখুঁতত্ব সম্পর্কে প্রতিটি ক্ষেত্রে এবং আমি সম্মত যে যদি আমি কোনো নকল বা অসত্য বিবরণ দিয়ে থাকি, গোপন করে থাকি বা কোনো তথ্য লুকিয়ে থাকি, তাহলে উক্ত খরচের রিইমবার্সমেন্ট রূপে আমার দাবি একেবারে বাতিল হয়ে যাবে।
- আমি বুঝেছি ও সম্মত হয়েছি যে এই ফর্ম পেশ করার অর্থ এই নয় যে অনুরোধ প্রসেস হয়ে যাবে।
- আমি বুঝেছি যে এই পলিসির অধীনে কোনো পেআউট কঠোরভাবে পলিসি নিয়ম ও শর্তাবলি অনুযায়ী হবে।
- যে কোনো পেমেন্ট শেষ রিনিউয়াল প্রিমিয়াম পেমেন্টের রিলাইজেশন সাপেক্ষে হবে।
- আমি সব মেডিক্যাল প্রতিষ্ঠান (মেডিক্যাল ল্যাবও অন্তর্ভুক্ত), সরকারি সংস্থা (পুলিশ, রাজস্ব প্রভৃতি)-কে কর্তৃত্ব দিচ্ছি চিকিৎসা তথ্য উন্মোচনের যার অন্তর্ভুক্ত এইচআইভি/এইডস ও অন্যান্য, এলএ-র সঙ্গে সম্পর্কিত, এডেলওয়েইস টোকিও লাইফ ইনস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেডে, অতীত ও বর্তমান উভয় থেকে।
- এই ঘোষণার একটি ফটো কপিকে বিবেচনা করা হবে বৈধ ও কার্যকরী রূপে।
- আমি এডেলওয়েইস টোকিও লাইফ ইনস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেডকে কর্তৃত্ব দিচ্ছি আমার তরফে তথ্য শেয়ার ও কাজে লাগাতে যে কোনো রিইনসুরার, ইনস্যুরেন্স অ্যাসোসিয়েশন, মেডিক্যাল কর্তৃপক্ষ, অন্যান্য ইনসুরার, বিধিবদ্ধ কর্তৃপক্ষ, নিয়োগকর্তা, আদালত, সরকারি বডি, নিয়ামকের সঙ্গে কোনো তদন্তকারী এজেন্সিকে ব্যবহার করে অথবা অন্যান্য পরিষেবা ব্যবহার করে, এ বিষয়ে আমার সম্মতি রয়েছে।

তারিখ : D D M M Y Y Y Y

স্থান : _____

এখানে স্বাক্ষর করুন

দাবিকারীর স্বাক্ষর

তৃতীয় ব্যক্তিকে যে ঘোষণা দিতে হবে

পলিসিধারক তাঁর বুড়ো আঙুলের ছাপ দিয়েছেন/নথিপত্রে স্বাক্ষর করেছেন/আবেদনপত্র পূরণ করেননি। আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে এই আবেদনের বিষয় পলিসিধারকের কাছে ব্যাখ্যা করা হয়েছে _____ ভাষায় এবং আমার কাছে উত্তর প্রদান করা হয়েছে সৎভাবে রেকর্ড করে। আমি আরও ঘোষণা করছি যে আমার উপস্থিতিতে পলিসিধারক স্বাক্ষর করেছেন/বুড়ো আঙুলের ছাপ দিয়েছেন।

ঘোষকের নাম _____

ঠিকানা _____

তারিখ : D D M M Y Y Y Y

স্থান : _____

এখানে স্বাক্ষর করুন

তৃতীয় ব্যক্তির স্বাক্ষর

গুরুত্বপূর্ণ টীকা : যদি কোনো ক্ষেত্রে কেউ এমনকি কোম্পানি প্রতিনিধি কোনো চাহিদা বা কোনো সুবিধা দাবি করে ক্রেম প্রসেসিং বা সেটেলমেন্ট নিয়ে, তাহলে সেটা দেওয়া হবে না এবং অতি অবশ্যই তৎক্ষণাৎ কোম্পানির ইমেল আইডিতে রিপোর্ট করতে হবে : claims.unit@edelweisstokio.in

ফর্ম পূরণের নির্দেশাবলি

A. গুরুত্বপূর্ণ তথ্য (অনুগ্রহ করে ফর্ম পূরণের আগে পড়ুন)

- ফর্ম একমাত্র দাবিকারী পূরণ করবেন। যদি দাবিকারী নাবালক হয়, অভিভাবক/অ্যাপয়েন্টি ফর্ম পূরণ করতে পারেন
- একটি একক ফর্ম পূরণ করে ও সব প্রয়োজ্য পলিসি নম্বর প্রদান দ্বারা বহু পলিসির অধীনে ক্রম রেজিস্টার করা যাবে
- যদি একাধিক দাবিকারী থাকে, প্রত্যেক দাবিকারীর জন্য পৃথক ফর্ম পূরণ করতে হবে
- অনুগ্রহ করে সতর্কভাবে ঘোষণা পড়ুন এবং দাবিকারীকে ক্রম ফর্মে সেই একইভাবে স্বাক্ষর করতে হবে যেভাবে আপনি আপনার চেক স্বাক্ষর করেন
- ক্রম প্রদেয় হবে পলিসির সব নিয়ম ও শর্ত পূরণ করা সাপেক্ষে
- ক্রম প্রসেস করার জন্য কোনো ফি বা কমিশন কাউকে দিতে হবে না
- নিশ্চিত করুন আপনার ঠিকানা, ফোন নম্বর ও ইমেল আইডি বর্তমান ও সক্রিয় কেননা সব যোগাযোগ হবে শুধুমাত্র এর মাধ্যমেই
- তারিখ (*) বাধ্যতামূলক তথ্য নির্দেশ করে

B. যেসব নথি পেশ করতে হবে

বাধ্যতামূলক নথি

- (1) মূল পলিসি ডকুমেন্ট (কার্যকর হয়নি এমন পলিসি ডকুমেন্টের ক্ষেত্রে আবশ্যিক নয়) (2) স্থানীয় কর্তৃপক্ষের দ্বারা ডেথ সার্টিফিকেট
(3) ক্রেমেন্টের কার্ড (4) ক্রেমেন্টের আইডি এবং ঠিকানার প্রমাণ (5) বাতিল চেক (6) ক্রেমেন্টের পাসপোর্ট আকারের ফটোগ্রাফ

অতিরিক্ত নথি

হসপিটালাইজেশন অসুস্থতার কারণে মৃত্যু (1) ডেথ সার্টিফিকেটের মেডিক্যাল কারণ (2) অতীতে গৃহীত সব চিকিৎসার মেডিক্যাল রেকর্ড। (ভর্তি, ইতিহাসপ্রশ্নে শিট, ডিসচার্জডেথ সামারি, টেস্ট রিপোর্ট প্রভৃতি)

দূর্ঘটনা জনিত মৃত্যু (1) ফার্স্ট ইনফর্মেশন রিপোর্ট (এফআইআর), ময়নাতদন্তইনকোয়েস্ট রিপোর্ট, পোস্ট-মর্টেম রিপোর্ট (পিএমআর), ড্রাইভিং লাইসেন্স, পুলিশ ফাইনাল রিপোর্ট, ভিসেরা রিপোর্ট (যদি প্রয়োজ্য), নিউজপেপার কাটিং, যদি থাকে, অন্যান্য যা প্রয়োজ্য

স্পষ্টীকরণ : 1. সব কপি পেশ করতে হবে এবং ক্রম পেশের সময় মূল নথি উপস্থাপন করতে হবে,

2. এডেলওয়েইস লাইফ ইনস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেডের অধিকার আছে আরও তথ্য নথি চাওয়ার, যদি প্রয়োজন হয়।

C. বৈধ পরিচিতি ও ঠিকানা প্রমাণপত্রের তালিকা (অনুগ্রহ করে পেশকৃত নথিপত্রে টিক দিন)

ফটো পরিচিতিপত্র প্রমাণ (যেকোনো একটি)

- ☐ দাবিকারীর প্যান কার্ড ☐ বৈধ পাসপোর্ট ☐ ভোটার পরিচয়পত্র ☐ বৈধ পাসপোর্ট
☐ আধার কার্ড* ☐ বৈধ ড্রাইভিং লাইসেন্স ☐ ভোটার পরিচয়পত্র
☐ কর্মীকে কেন্দ্রীয়/রাজ্য সরকার দ্বারা ইস্যুকৃত আইডি কার্ড ☐ আধার কার্ড*
☐ কেন্দ্রীয়/রাজ্য সরকার দ্বারা ইস্যুকৃত অন্য কোনো আইডি ☐ বৈধ ড্রাইভিং লাইসেন্স

ঠিকানার প্রমাণপত্র (যেকোনো একটি)

*আমি স্বেচ্ছাকৃতভাবে আমার সম্মতি প্রদান করছি আমার আধার ব্যবহার করতে কেওয়াইসি বাধ্যতা পরেখের জন্য পরিচয় দেখতে এডেলওয়েইস লাইফ ইনস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেডকে।

D. দ্রষ্টব্য: ক্রেমেন্ট এনইএফটি ম্যানডেট / ব্যাংক অ্যাকাউন্ট বিবরণ

- অ্যাকাউন্ট নম্বর ও আইএফএসসি সহ একটি বাতিল ব্যক্তিগত চেক পেশ করতে হবে এনইএফটি ম্যান্ডেটের সঙ্গে। যদি চেক ব্যক্তিগত না হয় তাহলে সর্বশেষ ব্যাংক স্টেটমেন্ট অথবা পাসবুকের কপি (যেখানে অ্যাকাউন্ট নম্বর ও আইএফএসসি উল্লেখিত) ম্যান্ডেটের সঙ্গে জমা দিতে হবে।
- এই ম্যান্ডেট, প্রসেসিংয়ের ওপর, যে কোনো পূর্ববর্তী ট্যাগ করা এনইএফটি ম্যান্ডেট ওভার-রাইড করবে সব পলিসির ক্ষেত্রে, যা এডেলওয়েইস লাইফ ইনস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেডের ক্লায়েন্ট দ্বারা ধৃত।
- যদি এনইএফটি ব্যর্থতা ঘটে বা অন্য কোনো কিছু ম্যান্ডেটের সঙ্গে বকেয়া থাকে, পেআউট হোল্ড থাকবে যতক্ষণ না তাজা এনইএফটি ম্যান্ডেট গৃহীত হয়। এবিষয়ে আপনাকে নোটিস পাঠানো হবে।

#এনআরই অ্যাকাউন্টে রিফান্ড (পূর্ণ বা আনুপাতিক) বিবেচিত হবে এনআরই অ্যাকাউন্টের মাধ্যমে প্রিমিয়ামের অনুপাত সাপেক্ষে। অনুগ্রহ করে পেশ করুন একটি ব্যাংক স্টেটমেন্ট অথবা ব্যাংক কনফার্মেশন লেটার প্রমাণ স্বরূপ যে প্রিমিয়াম এনআরই অ্যাকাউন্টের মাধ্যমে দেওয়া হয়েছে তার জন্য।

##আনুপাতিক পে-আউটের ক্ষেত্রে, অনুগ্রহ করে দুটি এনইএফটি ম্যান্ডেট প্রদান করুন, অর্থাৎ এনআরই অ্যাকাউন্ট ও নন-এনআরই অ্যাকাউন্টের জন্য।

এডেলওয়েইস টোকেই লাইফ ইনস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড। IRDAI রেজি. নং : 147। CIN: U66010MH2009PLC197336। রেজিস্টার্ড ও কর্পোরেট অফিস : ষষ্ঠ তল, টাওয়ার ৩, উইং 'বি', কোহিনুর সিটি, কিরল রোড, কুরলা (ওয়েস্ট), মুম্বাই - 400070। টোল ফ্রি নং : 1800 212 1212। www.edelweisslife.in।

ফ্লাওয়ার অ্যান্ড এডেলওয়েইস হল এডেলওয়েইস ফিন্যান্সিয়াল সার্ভিসেস লিমিটেডের ট্রেডমার্ক যা লাইসেন্সের অধীনে এডেলওয়েইস লাইফ ইনস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড দ্বারা ব্যবহৃত।

রহস্যময় কল এবং সন্দেহজনক প্রতারণাপূর্ণ অফার থেকে সতর্ক থাকুন: IRDAI অথবা এর কর্মীরা কোনো ক্রিয়াকলাপে যুক্ত নয় যেমন ইনস্যুরেন্স পলিসি বিক্রি, অথবা প্রিমিয়ামে লগ্নি। এরকম কোনো ফোন এলে অনুরোধ করা হচ্ছে পুলিশে অভিযোগ জানাতে।

কার্টমার অ্যাকনলেজমেন্ট কপি - ইন্ডিজুয়াল ডেথ ক্রম ফর্ম

পলিসি নং _____ দাবিকারীর নাম _____
শাখার নাম/ইন্টারঅ্যাকশন আইডি _____ ক্রেমেন্ট ক্লায়েন্ট আইডি _____
কর্মচারীর নাম _____ তারিখ _____
কর্মচারীর স্বাক্ষর _____ এমপ্লয়ি কোড _____

ব্রাঞ্চ স্ট্যাম্প

এডেলওয়েইস টোকেই লাইফ ইনস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড। IRDAI রেজি. নং : 147। CIN: U66010MH2009PLC197336। রেজিস্টার্ড ও কর্পোরেট অফিস : ষষ্ঠ তল, টাওয়ার ৩, উইং 'বি', কোহিনুর সিটি, কিরল রোড, কুরলা (ওয়েস্ট), মুম্বাই - 400070। টোল ফ্রি নং : 1800 212 1212। www.edelweisslife.in।

ফ্লাওয়ার অ্যান্ড এডেলওয়েইস হল এডেলওয়েইস ফিন্যান্সিয়াল সার্ভিসেস লিমিটেডের ট্রেডমার্ক যা লাইসেন্সের অধীনে এডেলওয়েইস লাইফ ইনস্যুরেন্স কোম্পানি লিমিটেড দ্বারা ব্যবহৃত।

রহস্যময় কল এবং সন্দেহজনক প্রতারণাপূর্ণ অফার থেকে সতর্ক থাকুন: IRDAI অথবা এর কর্মীরা কোনো ক্রিয়াকলাপে যুক্ত নয় যেমন ইনস্যুরেন্স পলিসি বিক্রি, অথবা প্রিমিয়ামে লগ্নি। এরকম কোনো ফোন এলে অনুরোধ করা হচ্ছে পুলিশে অভিযোগ জানাতে।